

6-й СЪЕЗД ИНФЕКЦИОНИСТОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ СПЕКТРЕ
АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА**

Шутова О.В.¹, Романова Н.Н.¹,
Мартынов В.А.¹, Митин О.Н.²

1. Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань, Россия
2. Клиническая больница №4,
г. Рязань, Россия

Установление раннего диагноза на догоспитальном этапе является трудным и ответственным процессом. Чрезвычайно актуальна проблема дифференциальной диагностики различной патологии с абдоминальным синдромом. В сознании врачей сочетание боли в животе, рвоты и диареи получило стойкую ассоциацию с острыми кишечными инфекциями (ОКИ) — дизентерией, сальмонеллезом и пищевыми токсикоинфекциями (ПТИ). И наличие в клинической картине абдоминального синдрома нередко служит причиной диагностических ошибок с направлением в профильный стационар для ОКИ разнообразных непрофильных больных. При этом под маской инфекционного заболевания могут протекать грозные неинфекционные болезни.

Об актуальности проблемы достаточно наглядно свидетельствуют результаты анализа работы приемного покоя инфекционного отделения ОКИ городской клинической больницы №4 города Рязани. За период с июля 2011 по февраль 2013 года в отделение направлены 2646 больных с диагнозами ПТИ, сальмонеллез и дизентерия. Из них госпитализированы 1268 пациентов. Больным с легкими клиническими проявлениями — неинтенсивными болями в животе, невыраженными проявлениями общей интоксикации и нарушений сердечно-сосудистой системы, необильной рвотой и диареей — всего 761 человек — после обследования и оказания необходимой медицинской помощи рекомендовано, с учетом возможности проведения, амбулаторное лечение.

За этот же период в приемный покой инфекционного стационара направлены 617 разнообразных непрофильных больных. Их возраст колебался от 29 до 72 лет. В 74,9% случаев они были старше 50 лет. Под маской ОКИ скрывалась в основном патология, которая объединяется общим термином «острый живот» (43,4%): относительно частая — острый аппендицит, холецисто-панкреатит и совсем редкая — тромбоз мезентериальных сосудов, мезаденит, внематочная беременность. Следующую по частоте диагностических ошибок группу составляли пациенты терапевтического профиля (27,4%): с сердечно-сосудистыми заболеваниями — гипертонический криз, острое нарушение мозгового кровообращения, субарахноидальное кровоизлияние, цереброваскулярная болезнь, нейроциркуляторная дистония, ишемическая болезнь сердца; с гастроэнтерологической патологией — язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гастриты, колиты и с пневмонией. Абдоминальный синдром превалировал у пациентов с различного рода химическими отравлениями (15,1%) — суррогатами алкоголя, грибным ядом, анальгетиками, наркотиками. В чис-

ле непрофильных было несколько пациентов (3,8%) с другими инфекционными заболеваниями — вирусным гепатитом, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, энтеровирусной инфекцией. Под маской ОКИ протекала также гинекологическая (4,7%), урологическая патология (3,2%) — почечная колика, мочекаменная болезнь, абсцесс почки, рак простаты; неврология (2,4%) — синдром Меньера, остеохондроз, эпилепсия; эндокринология — сахарный диабет с кетоацидозом (0,8%).

Частота направления в инфекционный стационар больных хирургического профиля свидетельствует об их наибольшем клиническом сходстве с ОКИ и трудностях их дифференциальной диагностики. Среди хирургической патологии преобладали панкреатит, холецисто-панкреатит, холецистит (58,2%) и аппендицит (29,4%). Были также больные с желчно-каменной болезнью — 16, постхолецистэктомическим синдромом — 2, кишечной непроходимостью — 5, тромбозом мезентериальных сосудов — 3, ущемленной грыжей — 4, кишечным кровотечением — 2, мезаденитом — 2, кишечной коликой — 2, онкопатологией кишечника — 6.

Ведущим клиническим проявлением практически у всех этих больных были абдоминальные боли. Это послужило основанием для их направления в инфекционный стационар с диагнозом ПТИ. Но в отличие от ПТИ, когда боли носят интенсивный и схваткообразный характер, сопровождаются многократной рвотой и обильной диареей, а также лихорадкой [1], хирургические пациенты отмечали постоянные умеренные боли или дискомфорт в животе, необильную одно-двукратную рвоту, иногда нарушение стула [3]. Также учитывалась топка болей [2]. Во время осмотра отмечалось напряжение мышц передней брюшной стенки и в разной степени выраженные симптомы раздражения брюшины. В особо сложных дифференциально-диагностических случаях по cito определялся лейкоцитоз [2].

Чрезвычайно ответственна дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций и патологии сердечно-сосудистой системы. Такого профиля направлен 41 больной с диагнозом ПТИ. Основу дифференциальной диагностики составляли пожилой возраст пациентов, многолетний анамнез сердечно-сосудистого заболевания, отсутствие абдоминальных болей и характерной диареи, при наличии в клинической картине необильной одно-трехкратной рвоты без эпидемиологически значимого причинного фактора. Ответственность ранней диагностики при сердечно-сосудистой патологии возрастает еще и вследствие того, что важнейшая лечебная процедура при ПТИ — промывание желудка — при гипертоническом кризе, остром нарушении мозгового кровообращения, субарахноидальном кровоизлиянии абсолютно противопоказана.

С подозрением на ПТИ направлены 15 беременных, преимущественно во второй половине беременности — 26–30 недель с гестозом — 10, почечной недостаточностью — 1 и угрозой выкидыша — 4. Кроме того, в одном случае диагностирована внематочная беременность.

Основой дифференциальной диагностики химических отравлений служил очевидный причинный фактор. Эти больные направлялись скорой помо-

щью для исключения ОКИ перед их госпитализацией в токсикологическое отделение.

Все непрофильные пациенты после забора фекалий на бактериологическое исследование были направлены в приемное отделение БСМП или стационары, соответствующие выявленной патологии. Возврата больных не последовало. Результаты бактериологического исследования оказались отрицательными.

Таким образом, анализ работы приемного покоя инфекционного отделения показал, какой большой поток разнообразной соматической патологии с абдоминальным синдромом может протекать под маской острых кишечных инфекций. На пять профильных пациентов приходился один случай непрофильного заболевания, нуждающийся в срочной дифференциальной диагностике. Врач-инфекционист обязан ориентироваться в клинике внутренних болезней, равно как врачи других профилей должны владеть навыками по диагностике инфекционных заболеваний. При пристальном рассмотрении слагаемые абдоминального синдрома могут служить надежным дифференциальным критерием острых кишечных инфекций и других заболеваний.

Литература

1. Богомолов Б.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / Б.П. Богомолов. — М.: Дизайн Пресс, 2000. — 234 с.
2. Комаров Ф.И. Боли в животе / Ф.И. Комаров, А.А. Шептулин // Клиническая медицина. — 2000. — №1. — С. 46–50.
3. Маски инфекционных болезней / Ю.В. Лобзин [и др.]. — СПб.: Фолиант, 2003. — 200 с.

ТЕНДЕНЦИИ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г.МИНСКЕ В УСЛОВИЯХ ПРЕВАЛИРОВАНИЯ ПОЛОВОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

Юровский П.Н, Згрунд О.С., Бортко Ю.М.

Государственное учреждение «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии», г. Минск, Беларусь

Использование разных определений для понятия «Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции» представляло проблему в течение многих лет. Однако в октябре 2009 года Европейской рабочей группой был достигнут консенсус в отношении этого определения. Результаты были представлены на конференции HIV in Europe 2009 в Стокгольме (Швеция) и на 12-й конференции European AIDS Clinical Society (EACS) в Кельне (Германия) в ноябре 2009 года, где использовалось согласованное определение.

Европейской рабочей группой были приняты следующие согласованные определения:

1. «Поздняя диагностика»:

— обращение за медицинской помощью происходит при количестве CD4-лимфоцитов менее 350 клеток/мкл;

— имеются симптомы СПИД-индикаторного заболевания независимо от количества CD4-лимфоцитов.

2. «Поздняя диагностика в продвинутой стадии»:
— обращение за медицинской помощью происходит при количестве CD4-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл;

— имеются симптомы СПИД-индикаторного заболевания независимо от количества CD4-лимфоцитов [1].

По большому счету, пациенты, выявленные в продвинутой стадии, рассматриваются как подгруппа поздно диагностированных пациентов с повышенным риском смерти, обусловленной СПИДом, особенно в первый год после постановки диагноза.

Позднюю диагностику оценивали в соответствии с определением «Поздней диагностики» Европейской рабочей группы 2009 года по степени иммуносупрессии у 559 пациентов, взятых на диспансерное наблюдение в консультативно-диспансерном отделении по ВИЧ-инфекции учреждения здравоохранения «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска (КДО УЗ «ГКИБ») за период 2008–9 мес. 2013 годов:

а) лица, вовлеченные в медицинскую помощь, с числом CD4-лимфоцитов менее 350/мкл;

б) лица, вовлеченные в медицинскую помощь, с числом CD4-лимфоцитов менее 200/мкл (выраженная иммуносупрессия).

Определили следующие группы по рискам трансмиссии ВИЧ:

1. потребители инъекционных наркотиков (ПИН);
2. мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ);
3. гетеросексуальные мужчины (Гетеро М);
4. гетеросексуальные небеременные женщины (Гетеро Ж неберем.);
5. гетеросексуальные беременные женщины (Гетеро Ж берем.).

При сравнении динамики поздней диагностики и среднего значения абсолютного числа CD4-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» среди пациентов, взятых на диспансерное наблюдение в 2008–2010 годах и в 2011 — 9 месяцев 2013 годах установлено следующее:

1. Среднее значение абсолютного числа CD4-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» снизилось с 348,1 до 307,8 клеток/мкл. (Рисунок 1).

2. Среди групп по рискам трансмиссии ВИЧ отмечается рост поздней диагностики и снижение среднего значения абсолютного числа CD4-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» во всех гетеросексуальных группах (Рисунок 1).

3. Среди традиционной группы риска ПИН поздняя диагностика не превышала 50%, а среднее значение абсолютного числа CD4-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» увеличилось с 379,9 до 394,4 клеток/мкл. Ситуация в отношении МСМ до 2011 года была недостаточно ясна из-за регистрации единичных случаев. Во многом, это было связано с боязнью раскрытия сексуальной ориентации из-за присутствующего высокого уровня стигматизации в обществе (Рисунок 1).

По мере развития эпидемии, ВИЧ-инфекция все чаще встречается среди людей среднего, и даже пожилого возраста, поэтому поздняя диагностика является большей проблемой для старших возрастных групп (Рисунок 2).